

Torres, María Viviana. Estudio sobre “corrientes psíquicas” en fobias infantiles. Actualidad Psicológica. N°. Marzo de 2009. Buenos Aires.

Estudio sobre “corrientes psíquicas” en fobias infantiles

Introducción

Es a partir del aporte del psicoanálisis que algunas formas de ansiedad y de angustia infantil se describen como síntomas de neurosis en la infancia. Las fobias se distinguen de otros tipos de angustia porque en ellas el sujeto construye un objeto fobógeno por proyección, es a partir de conflictos intrapsíquicos que desarrolla la huida o inhibición motriz para evitar la situación o el contacto con los lugares u objetos amenazadores. Y, en forma secundaria suele construir un objeto fobígeno o desarrollar algún tipo de comportamiento reactivo de carácter protectorio.

En “Teorías sexuales infantiles” Freud, vincula los conflictos intrapsíquicos y su elaboración con signos de ansiedad que derivan en fobias. El estudio de “Juanito” (5 años) (1909) constituyó un aporte significativo a la elucidación de la problemática que involucra la elaboración de la castración primaria y del complejo de Edipo y su relación con las neurosis adultas. Este tipo de fobias, sus mecanismos y derivaciones clínicas han sido debidamente profundizadas por distintos autores.

Anna Freud (1970) distingue las fobias infantiles de los miedos normales de la infancia. Desde la angustia de separación hasta la angustia de castración el niño experimenta el pasaje de la angustia a la culpa. E. D. Bleichmar y otros coinciden en describir miedos arcaicos (a la oscuridad, ruido, etc.). Hay coincidencia también, en que es a partir de los seis meses de vida que aparecen las manifestaciones de displacer o desagrado sin

motivo manifiesto, o de angustias sin motivo real (Diatkine y Valentin (1989) p.185) tal como podría ser el desconocimiento del extraño (Spitz,). Los miedos a la aniquilación, inanición, soledad, impotencia surgen como producto de la angustia de separación. En tanto, el miedo a la muerte, al castigo, abandono, rechazo, truenos, tormentas, etc. sobrevienen frente al temor de la pérdida de amor o reconocimiento. La angustia de castración se acompaña con el miedo a los ladrones, fantasmas, mutilaciones, al médico, al dentista, a las pérdidas, etc.

En sus estudio sobre la construcción del narcisismo F. Dolto (1984, 1987) otorga un peso significativo a la formación de lo que ha dado en llamar el “narcisismo fundamental” con el qué, de alguna manera, entiendo que ella explica en sus términos, los efectos que tienen sobre la construcción de la subjetividad tanto la formación del yo inicial cómo la conciencia inicial. Dolto le responde a Nasio (1987) y sitúa en las dificultades iniciales las amenazas propias del estado fóbico “va a estallar”, “va a desaparecer”. Se trata de un tipo de angustia particular que se vivencia a consecuencia de la modalidad en la que el sujeto “toma cuerpo”, se agencia de su respiración, del latido de su corazón, de sus ritmos digestivos, del sonido que emite, de las voces que escucha.

Dice F.Dolto “la fobia es la amenaza de disociación que pesa sobre la imagen de base del cuerpo... de la disociación de la imagen del cuerpo y del esquema corporal, entidades que normalmente se entrecruzan y constituyen el narcisismo fundamental” (1987, p.:20). La vida vegetativa y más específicamente la respiración y la circulación cardiovascular se sitúan en lo que Dolto llamó la imagen de base. Sostiene que el primer componente de la imagen del cuerpo, es la imagen de base, es la que permite al niño experimentarse en su “mismidad de ser”. La mas arcaica de ellas es la respiratoria, que resulta un verdadero cordón umbilical que hace

las veces de comunicación oxigenante, “el aire que respiramos es la placenta común a todos” (ob.cit. p.30). Explica que “nacido el niño, reemplaza su vida fetal y las ramificaciones vasculares de la placenta por la respiración y el árbol broncopulmonar localizado no sólo en el tórax sino expandido en la atmósfera hasta convertirse en el aire que respiramos todos”. Siendo la imagen respiratoria (olfativo- auditivo que compromete cavum y tórax) la imagen del cuerpo más profunda, resulta también una de las expresiones de la pulsión de muerte, entendida esta como la puesta entre paréntesis del deseo y lugar de manifestaciones emocionales (Ej.: acelere de la respiración, quedarse sin aire, etc.). Ejemplifica explicando que “durante el sueño profundo no hay deseos, mi cuerpo está entre paréntesis, hace lo que quiere, “yo (je) descanso mi relación conmigo, con mi yo (moi)””. El conflicto entre pulsiones de vida y de muerte necesita de una madre que además de nutricia, “hable” Dolto (1984), es decir, manifieste con palabras el conocimiento que empatía mediante ha desarrollado de su hijo (Torres, 2008).

Es entonces en los primeros meses de nacido, en los que Dolto sitúa un tipo de fragilidad que produce en el sujeto temor al derrumbe, a la escisión entre yo y los otros, “entre yo y los que respiran el aire que respiro” y vuelve a los niños huidizos o evitativos de contacto, incluso en forma reactiva.

Del resultado de la exploración de los distintos estudios surge que las fobias infantiles no necesariamente encuentran explicación en los avatares de la elaboración del complejo de castración, de Edipo, de experiencias traumáticas, en el déficit empático; o como consecuencia de la fragilidad que produce la instalación de determinadas defensas que dependen en exclusivo del funcionamiento de la conciencia, etc. Es necesario construir un diagnóstico que explique el origen de las manifestaciones clínicas más

allá de la pretendida reducción de los síntomas a una estructura psicopatológica particular.

Los tres abstract de historias clínicas que presentaré a continuación tienen por objetivo mostrar que las manifestaciones fóbicas infantiles no pueden ser reducidas a una estructura psicopatológica (neurosis de angustia, fóbicas o trastorno narcisista). Siguiendo la perspectiva freudiana y describiendo al menos dos variables: fijación pulsional y defensas; estamos en condiciones de afirmar que en cada caso clínico particular y aún en un psiquismo en formación, encontramos una combinatoria o la coexistencia de varias corrientes psíquicas, combinación que puede incluso ser transitoria. Y que aún, cuando prevalezcan las mismas fijaciones pulsionales, el tipo de defensa que utilicen, su prevalencia y el estado de la defensa (exitosa, fracasada o mixta) nos colocará frente a una clínica que demandará un posicionamiento terapéutico particular y distintas estrategias de abordaje (Maldavsky,).

Seleccioné de entre los casos que estudio los historiales de dos niños de 5 años y el de una niña de 8 años. Si bien se encuentran en situaciones evolutivas diferentes a la hora de compararlos, guardan en común el hecho de que a la manifestación fóbica le antecedieron desde el nacimiento trastornos respiratorios, del dormir y de la alimentación. Los niños además de desarrollar comportamientos evitativos que les impedían salir de sus hogares, estar en contacto con la naturaleza o con personas que no pertenecen a su familia y manifestar, en consecuencia, reacciones primitivas de *todo o nada* o *caprichos que les impedían ligar o asociar sus experiencias produciendo una suerte de fragmentación con la realidad*, sufrieron desde pequeños dificultades funcionales que comprometían su salud orgánica.

Ejemplos clínicos

Mateo (5 años) y sus padres consultan porque desde el nacimiento de su hermana dos años menor que él se resiste a salir de su casa. Se niega al extremo de que los padres procuran que alguien se quede con él para evitarse soportar el escándalo. Se presenta a la interacción como un niño frágil, delgado, huidizo al contacto visual, táctil y verbal.

Es un niño con una buena plasticidad física en la que alterna cierta rigidez, por ejemplo, en algunos movimientos o en su mandíbula. Esta última, entiendo resulta un modo de procesamiento de la oralidad (furia hermana/ teta de la madre), incluso ha tenido períodos de tartamudeo.

No va los cumpleaños porque tiene miedo y cuando lo hace no se despega de sus padres, mira con ganas de jugar pero no puede ir hacia sus amigos. Su madre se visualiza en retracción, agotada frente a la imposibilidad de lograr una actitud razonable en el niño, en tanto, Mateo percibe la reacción de la madre como “mala” o “rechazante” hacía él. Desde que nació tiene dificultades respiratorias, ha tenido afecciones por las que ha sido medicado. Cuando se enoja se muestra agitado y en alguna oportunidad se ha enojado tanto que a los padres les parece que “no respira”, reacción observable tanto frente a la furia como al miedo. Desde los dos años se niega a comer, come muy pocos alimentos. Si supone que alguien quiere que él haga algo determinado o sus padres le indican una acción, desarrolla escenas de capricho y enojo, se tensa, es muy difícil calmarlo. Suele ser agresivo con su hermana. Cuando la actitud de sus cuidadores no es de su agrado dice “me voy” se enoja, se reniega y arranca: se encapricha, se tira al piso y grita. Luego se angustia mucho.

Las escenas lúdicas y gráficas que desarrolla en sesión remiten a luchas en las que los poderosos limitan la motilidad de los otros y utiliza la fuerza del abuelo o de personajes míticos para inhibir la acción de sujetos

maléficos, en forma exitosa. Todas las escenas lúdicas traen al binomio malo/bueno, la destrucción se vive sin reparación ni control.

Ingresa en períodos de duda, no puede aseverar, se interroga e interroga acerca de lo que “parece”, “puede” o “no puede”. Pregunta incluso acerca de lo que ya conoce la respuesta, escuchar nuevamente la respuesta conocida lo tranquiliza, es decir, funciona como estabilizante, es protector. Asume la primacía la pulsión de ver “lo viste”, “yo lo ví”, “porque no lo vió”, “para que no lo vea” y en el otro extremo las escenas escondidas, ocultas. La pregunta constante y repetitiva que parece tener por objetivo “conocer” –lo ya conocido- frena la posibilidad de “crear” y suele estancarse en la repetición de algunas escenas o eventos.

El niño vive en una familia nuclear cerrada, sus padres no disfrutaban de salidas, del encuentro con pares, del almuerzo o la cena. Sus salidas y encuentros remiten siempre al ámbito de la familia extendida. Suele contagiarle a los padres sus dudas y también sus miedos, ellos quedan con frecuencia paralizados, sin herramientas para desdramatizar haciendo propio el estado de amenaza que manifiesta su hijo (miedo a los ladrones, al agua, a la pileta, a algún tipo de alimentos, etc.).

Tomás (5 años) consulta con sus padres porque manifiesta un estado de desasosiego imposible de calmar toda vez que el viento o el color del cielo anuncian la posibilidad de que se desarrolle una tormenta. Esto sucede desde que estando en el campo presencié un vendaval que tiró árboles y destruyó la casa del peón.

Se presenta como un niño delgado, desvitalizado, es renuente al contacto, evita la mirada, hace como que no está presente. Ingresa a la interacción cuando “mi zapato” le habla a “su zapatilla”, la escena le produce gracia pero no le alcanza para dejar atrás su enojo, es necesario esperarlo pasivamente.

Sus padres relatan que el niño fue adoptado al nacer, que se desarrolló sin dificultades pero que siempre ellos lo vieron como un niño frágil, por ejemplo, tenía miedo en los juegos de equilibrio al punto de temblar en la hamaca o en el tobogán. Aún no hizo preguntas sobre su origen, ellos le han hablado sobre la forma en la que ingresó a la familia pero él no se muestra interesado, no profundiza.

Es muy rebelde, no acata las indicaciones o los “no” de sus padres o cuidadores. Con los padres suele ir de la excitación al enojo, “ustedes son re-malos, no me dejan hacer nada”. En el jardín se adapta bien, es tranquilo. Con adultos que no son de su familia habla como un niño más chiquito, se inhibe.

Desde pequeño ha tenido dificultades respiratorias a repetición (bronquitis, broncoespasmos, etc. y mucho moco) por lo que se le han hecho distintos estudios. Desde los nueve meses da mucho trabajo para alimentarse, prefiere la leche, resistió los sólidos, en general se alimenta con dos o tres alimentos que varía cada dos o tres semanas. Se resiste a dormir, ahora explica que no quiere dormir solo porque tiene miedo, sus padres lo definen como un “chico difícil”. Nunca tiene sueño y se despierta muy mal, enojado, “chinchudo”.

A la tercera entrevista se excluyen los padres, se angustia frente al límite pero se repone rápidamente. Descree de sus padres y se muestra desconfiado. Su angustia o su enojo, angustian y enoja a los padres. Ellos dicen “sentir” el miedo que el “siente” frente a la tormenta.

Sus expresiones gráficas son pobres, se preocupa por enmarcar cada uno de los dibujos e incluso cada dibujo dentro de un contexto mayor (cada árbol, cada auto, etc.). Las casas carecen de puertas. Desparrama grafismos en la hoja y alguno de ellos aparecen sin sentido, como elementos no asociados.

Marina (8 años), tiene el aspecto de una niña mayor, se muestra evitativa al contacto, a saludar, llegan antes a la consulta y ella manifiesta incomodidad, no le gusta esperar.

Se resiste a ir a la escuela con otras personas que no sean sus padres, a participar en actos públicos o a realizar salida acompañada de profesores. La resistencia se manifiesta con sufrimiento, rigidez en el rostro, acelere en la respiración, dolor de estómago, etc. No muestra entusiasmo para dejar su casa e ir a la escuela o a casa de sus amigas, incluso se niega a ir a cumpleaños. Tiene un excelente rendimiento escolar y se conduce dentro de su casa con la autonomía de una niña de mayor edad. Los padres manifiestan su decepción, se preguntan si se trata de un tipo de manipulación o si realmente su hija tiene un problema.

Sus padres expresan que era una bebé frágil, siempre resfriada, con bronquitis, se enfermaba de las vías respiratorias con frecuencia, “tal vez tenía bajas defensas”. Tampoco fue fácil alimentarla, daba trabajo para dormir, se despertaba varias veces en la noche.

Desde los cuatro años selecciona los alimentos que ingiere cuidadosamente y suele quejarse de dolores o molestias corporales, da vueltas por la casa y solicita distintas cosas antes de ir a dormir. Si sus padres le ponen algún tipo de límites con el objetivo de que la niña haga lo que tiene que hacer (ej: irse a dormir, a su clase de deporte con amigas o no manejar la vida de sus padres, etc.) ella responde con berrinches y gritos muy fuertes. Los gritos y berrinches no parecen los de una niña caprichosa, es ahí cuando sus padres se asustan porque piensan que “por algo, ella está muerta de miedo”. La madre reconoce que la niña suele infundirle miedo tanto a ella como a sus hermanos varones. Es el tipo de caprichos que manifiesta desde los dos o tres años y los padres, en respuesta, ceden para que ella se tranquilice. El tipo de cosas a las que se ven obligados a ceder al

momento de la consulta les parecen fuera de toda lógica para una niña de su edad.

Los padres la ven muy ansiosa, inquieta, se muestra preocupada porque la noche no los agarre fuera de la casa, preocupación que se acrecentó en el último invierno debido a que al acortarse los días la inquietud apareció muy temprano, a la hora de la merienda.

En sus manifestaciones gráficas se visualiza: angustia ante la diferencia de sexos que aparece representada por el sombreado en la zona genital de varones y mujeres o la ausencia del cuerpo del padre y los hermanos varones que quedan ocultos detrás de un mantel. Condensa castración y embarazo en la apertura de las piernas que dibuja en las figuras femeninas. En los dibujos hay ausencia total de perspectiva en relación con lo que se espera para la edad. Lejanía entre los personajes, aún entre los familiares. Todas las figuras con los pelos parados. El eje “exhibición/vergüenza” que caracteriza la estructura de la personalidad evitativa queda desplegado en todos los dibujos de la niña. Comunica también a través de la gráfica un rasgo estilístico que se presenta como timidez y está directamente ligado a los impulsos exhibicionistas, al temor a la castración, al hecho de ser privada por exhibir. Se restringe en todos los espacios (la hoja, el consultorio, etc.)

Las historias que construye con sus dibujos remiten a amenazas y pérdidas y utiliza en cantidad significativa la palabra “poder” enlazada con referencia a procesos ambiciosos o aquellas que dan cuenta del apego a la rutina, a la desorientación, interrogantes del tipo “dónde”, o “cuándo”, ligados a la localización témporo – espacial, elementos todos que se corresponde con el lenguaje del erotismo fálico-uretral. Sus expresiones alternan con manifestaciones de molestia corporal, quejidos, bostezos o muletillas del tipo mmmm, haaaa, etc. que caracterizan al lenguaje del erotismo intrasomático.

Manifestaciones y signos clínicos

La lectura de las manifestaciones y signos clínicos, el análisis de las escenas lúdicas y gráficas que despliegan los niños en sesión, aquello que enuncian, sus conjeturas, sus preocupaciones, en fin, sus manifestaciones; no son arbitrarias, deben ser escuchadas y correlacionadas con el nivel de desarrollo cognitivo, psíquico y afectivo a fines de establecer un diagnóstico que nos posibilite hacernos de representaciones claras de la vida que el niño lleva y de las respuestas que obtiene del contexto en el que vive.

Los tres casos han manifestado en sus primeros años desórdenes que comprometían la respiración, el dormir y el alimentarse. A la respiración y su función de nexo entre el adentro y el afuera y de la peligrosidad que puede asignársele a estos espacios me he referido en la introducción. En cuanto al dormir, el miedo a la pérdida objetal a causa del sueño suele llevar al niño tanto a resistirse a dormir como a despertarse por las noches con el ánimo de verificar si encuentra a sus padres. Se despierta gritando y se calma con la llegada de sus padres. Si la intensidad es mayor (terrores nocturnos) es probable que el niño no alcance la calma y la angustia persista (Diatkine, 1989). Falla la ligazón de ciertos afectos con las representaciones y entonces, el niño no alcanza a integrar las experiencias que tiene con sus progenitores en estado de vigilia y como consecuencia se angustia.

Los tres casos presentaron dificultades para ser alimentados, se mostraban caprichosos, se angustiaban, se inhibía su apetito y generaban aversión a algún tipo de alimentos. Puede tratarse del rechazo de una categoría de alimentos o de un alimento en particular por su aspecto, consistencia o sabor el que se constituye en objeto fobógeno. Al originarse tan precozmente es posible pensar que se ha extendido a la alimentación y a

la escena del alimentarse el enojo por la pérdida de objeto cuando, por ejemplo, ha nacido un hermano menor o la madre se ha ausentado por otra causa. Entiendo que en ninguno de los tres casos es posible explicar el fenómeno describiendo el mecanismo de desplazamiento sino como formación reactiva o apelando a un tipo de proyección.

En Mateo y Tomás de cinco años, las crisis de angustia ya sea que se manifieste al momento de la consulta con caprichos (estado psíquico contradictorio), negarse a dormir, alimentarse o a contactar con personas o situaciones fuera del hogar por temor a las tormentas o a perder su ámbito; estos se desarrollan en los niños en el curso de la etapa fálica del desarrollo libinal. O sea que determinamos la presencia de una corriente psíquica activa en formación, pero, además los signos clínicos muestran la persistencia de determinada fijación a la libido intrasomática. Ante la imposibilidad de asociar vivencias, experiencias y afectos acompañan a los trastornos funcionales, trastornos orgánicos (respiratorios).

Los tres inician la relación terapéutica intentando no contactar con el terapeuta, no miran a los ojos, no saludan, no se interesan por los objetos del entorno. Se muestran evitativos, uno se pregunta si son tímidos, si están inhibidos, generan curiosidad, incluso suspenso ¿que hará ahora?, ¿se quedará?, etc. Cuando se establece la transferencia hacen del consultorio su espacio y progresivamente se van expandiendo. Mateo y Tomás hacen preguntas reiteradas acerca de las cosas y su función, la necesidad de identificar los personajes, de confirmar qué es eso, cómo están en ese lugar o quien tiene más fuerza. Marina además intenta desarrollar una fuerte competencia con el objetivo de generar en el terapeuta humillación (por lo que falta en el consultorio o por la calidad de algunos juguetes).

Las escenas lúdicas o gráficas “escondidas” o “tapadas” suelen presentarse incluso avanzado el tratamiento. Transfieren o contagian sus

miedos e inseguridad a los padres o a sus cuidadores, e incluso cargan de ansiedad a otros.

Conclusión

Tal cómo anticipé en la introducción las manifestaciones fóbicas infantiles se pueden abordar con éxito y comprenderse mejor si el conjunto de manifestaciones es analizado siguiendo la perspectiva freudiana de la combinatoria de las corrientes psíquicas.

En los casos presentados visualizamos la combinatoria de corrientes psíquicas provenientes la fijación a la libido intrasomática con otras de la libido fálico uretral que Mateo y Tomás transitan y que aparece con determinación de fijación o caracteropatización en Marina.

D. Maldivsky describe el erotismo intrasomático como aquel que se juega en relación con el cuerpo propio, el mismo que a la vez es la fuente química de la pulsión y objeto de ésta. Lo propio de esta libido es investir los órganos y tomarlos como objetos. El cuerpo es el lugar donde se desarrolla la cualificación inicial que inaugura la vida afectiva. Las manifestaciones del erotismo intrasomático nos remiten al surgimiento de la subjetividad, al desarrollo del yo real primitivo y explica el hecho de que múltiples alteraciones somáticas no se enlacen con la dimensión simbólica.

A medida que el principio de constancia predomina sobre el de inercia y se combina con el de placer, se desarrollan estructuras yoicas que pretenden hallar transacciones, en principio entre el mundo sensorial y las exigencias pulsionales, y luego también en relación con las demandas del superyó. Tales transacciones se apoyan en procesos inhibitorios, opuestos a alguno o varios de los elementos en pugna para mantener una economía pulsional centrada en la constancia y el placer.

Las alteraciones a este nivel se generan en torno del problema de la energía y puede tomar como objeto al propio cuerpo, entonces, en consecuencia las actividades alimentaria, respiratoria y circulatoria pueden quedar alteradas. A partir de la actividad respiratoria, que va del expeler al inspirar, la exterioridad puede concebirse como el inverso de la actividad pulmonar: inspira tóxicos y expelle oxígeno. La actividad alimentaria, introduce otro modo de concebir el propio cuerpo, el cual posee en su interior un sector por el cual circula una sustancia ajena al territorio que puede concebirse como peligrosa (dietantes, selectivos, anoréxicos, etc.). Pero también pueden quedar perturbadas otras actividades ligadas a la satisfacción de pulsiones, como la de dormir o la de sanar.

Lo característico de este erotismo es que el objeto no se distingue claramente del sujeto y que se diferencian al menos tres tipos de motricidad que se rigen por distintos criterios: a) Actividades incorporativo-excretorias, sobre todo la respiración y el ciclo deglución-eliminación de heces y orina. B) Actividades sensoriales: ver, oír, oler, tocar. C) Musculatura ósea: cabeza, tronco, extremidades.

Las perturbaciones extremas en este nivel pueden hacer que el mundo sensorial extracorporal resulte indiferente quiere decir que no recibe investidura y que no está diferenciado. En lugar de captar cualidades, que son siempre distintivas, se jerarquizan las frecuencias (como Freud lo señaló en el *Proyecto*) o períodos (Lacan), por lo cual pueden homologarse un estímulo auditivo y uno visual o bien volverse ausentes o hipertróficos. El tipo de percepción que se genera facilita el apego a un cuerpo ajeno con el que se pretende la no diferenciación dando surgimiento a la vivencia de vértigo o dolor frente a la amenaza de desconexión. Estado clínico al que Dolto describió en el origen de las “fobias”, tal como he mencionado en la

introducción; o vinculado a deterioros psíquicos de otra envergadura (psicosis).

En los casos descritos la agitación motriz, la alteración de la respiración, los gritos –útiles cuando se tienen unos pocos meses de vida- y que producen un estado de agotamiento, pueden describirse incluso como resultantes de la hipertrofia de procesos proyectivos. Estas manifestaciones se mantienen desde la más temprana infancia o surgen en el intento de eliminar la fuente incitante interna cuando ya se cuenta con una complejidad psíquica que permitiría hacer uso de otros mecanismos. En cambio, el sujeto, pretende contagiar sus propios estados emocionales al contexto y atravesar de alguna manera la actividad psíquica ajena.

Maldavsky describe que este lenguaje de pulsión suele aparecer aportando formaciones sustitutivas en el marco de las defensas contra la realidad, por ejemplo, privilegiar la frecuencia y volverla monótona. Sostiene el autoerotismo y/o el narcisismo, y luego se entretiene con el rechazo de la castración (desmentida, desestimación) y de la muerte simbólica del padre, y con el complejo de Edipo invertido, al que expresa y al mismo tiempo disfraza. Otras de las defensas que acompañan este erotismo es la desestimación del afecto, funcional o patógeno; que puede ser transitoria o permanente. Cuando falta el afecto, la realidad sensorial queda organizada como lo describimos poco antes, es decir, como un mundo de frecuencias, alteradas por golpes y el vértigo. El dolor es orgánico, y cuando debería aparecer el sufrimiento psíquico, en su lugar emergen el sopor y la apatía; el proceso de duelo es reemplazado por la autocompasión, la angustia se vuelve invasora, la sensualidad aturde y la furia se resuelve en estallidos impotentes, enceguedos. La defensa ante el sentir puede no tener un carácter funcional y ante un peligro, el sujeto se deja inundar por la angustia y queda a expensas de la situación apremiante.

Considero el privilegio de una corriente psíquica que proviene de la fijación al erotismo intrasomático porque el lenguaje se presenta en el estado inicial como una situación de sosiego, los cuidadores hacen efectivamente de filtro, surgen tensiones que se perciben como golpes y se tramitan como estados de vértigo, el mundo se desmorona. El sujeto necesita apearse al otro al que incluso puede someter a su intrusión o paralización. Si como en los casos clínicos estudiados los progenitores se vuelven maleables pierden su función de contención, no se discriminan unos de otros, la distancia interpersonal es mínima en el sentido de que el niño se confunde con sus padres y a su vez, es experimentada como lejana.

En tanto, la presencia del erotismo fálico uretral, sugiere la existencia de patologías que van desde la histeria de angustia hasta las caracteropatías fóbicas y contrafóbicas.

Este lenguaje, que no puede soslayar las argumentaciones tendientes al tiempo edípico para uno y otro sexo, exige una consideración detenida de los principios lógicos que se despliegan entre percibir y representar, por un lado y pensar por el otro. Es necesario distinguir también los criterios para configurar el mundo de lo visual.

Como el erotismo sádico anal primario, del cuál es su heredero, el erotismo uretral parte de la incitación pasiva de una mucosa erógena (la vesical), en la cual un excremento (la orina) opera como componente activo. Es común a ambos erotismos el conflicto entre dos tipos de goce, uno de ellos derivado del esfuerzo atormentador por retener un objeto estimulante y el otro, consecuencia de que dicho objeto ha arrancado a la mucosa un estallido orgiástico, de carácter expulsivo, resolutorio, con el cual se pierde esa sustancia desafiantemente retenida. Este orgasmo va acompañado de un estallido de humillación y vergüenza, al quedar doblegado el esfuerzo muscular retentivo. Ambos goces (anal y uretral) en

las mucosas se potencian recíprocamente y se transfieren sus soluciones. Tres rasgos permiten distinguir estas erogeneidades: 1°. La posibilidad de enlazar la micción con la motricidad y con la palabra. 2°. Resulta imposible dirigir la orina hacia el interior del organismo, mientras resulta posible defecar hacia adentro (ej. megacolon). 3°. Al erotismo uretral se agrega la voluptuosidad fálica, al erotismo anal un sadismo muscular aloplástico. La voluptuosidad fálica es la única que no se enlaza con la conservación de la especie ni con la autoconservación. El goce uretral va acompañado de un estremecimiento derivado del brusco vaciamiento vesical, el cual crea un efecto de succión, de aspiración.

La lógica de este erotismo enlaza representaciones sobre la base de un triple criterio: contigüidad, analogía y causalidad. Lo específico del erotismo fálico uretral se centra en torno de la analogía que implica que, junto con los elementos idénticos, existe otro que constituyen lo nuclear y que contienen lo diferencial entre las representaciones. Para esta lógica, la analogía supone jerarquizar un aspecto como centralmente diferente: el concerniente a la definición sexuada, en términos de fálico – castrado.

La combinación entre la excitación vesical pasiva y la actividad uretral ambiciosa da origen a una ensambladura entre feminidad y masculinidad. Caracteriza al erotismo fálico uretral el apoderamiento de un espacio ajeno en el que el otro queda en posición pasiva avergonzado y humillado.

Es de esta erótica el establecimiento de rutinas, la permanencia en ámbitos cerrados, los alardes competitivos y exhibicionistas de potencia así cómo el hecho que se sostienen con el afuera relaciones superficiales, fugaces y carentes de compromiso. El hecho de tener amigos o compartir espacios se mantiene como una ilusión, existe una suerte de prohibición de acercamiento al objeto que se devela hostil. El deseo ambiciosa se

manifiesta porque se funda un espacio visual, familiar en el que lo propio pone su impronta; un espacio poblado de fantasías, de proyectos ambiciosos. Estas fantasías conducen a distribuir tres posiciones: la de quien marca un territorio como propio, la de quien sufre dicha marca y la de aquello usado para marcar.

La sobreinvestidura de la imagen de potencia y la identificación con un personaje poderoso va acompañada de angustia, da cuenta de la existencia de pensamientos relacionados con que el adversario puede responder de una manera hostil.

Con el advenimiento de la etapa fálico uretral otras fantasías (de vida intrauterina, seducción, escena primordial y castración) toman las características de ese lenguaje del erotismo.

Lacan (1956-57, 1962-63) alude a la fobia de Hans alude a la angustia que sobreviene cuando se produce una falla en la función simbólica paterna, y un elemento del ámbito de lo imaginario, un animal, por ejemplo, hace de su supletorio para interferir en el goce.

El estallido de angustia suele transformarse en la entrega a un incesante estado interrogativo, y la fobia puede quedar reemplazada por el sostén de las incógnitas a partir del respaldo constituido por el apellido paterno (Maldavsky,1997; Págs. 275-276).

Las caracteropatías contrafóbicas se distinguen por una sobreinvestidura de la ambición, por una desmesura de la competencia, derivada de la transformación del modelo del objeto en rival del sujeto, lo cual implica una postura desafiante respecto de la instancia paterna introyectada.

Las caracteropatías fóbicas y contrafóbicas son fruto de la identificación con el síntoma y con un objeto decepcionante.